

La psychiatrie et le monopole médical : les professionnels en tutelle, la population en otage

Psychiatry and the medical monopoly : professionals under guardianship, the population held hostage

Syndicat des professionnels des Affaires sociales du Québec

Volume 6, numéro 2, novembre 1981

Où va la psychiatrie ?

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030106ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030106ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Syndicat des professionnels des Affaires sociales du Québec (1981). La psychiatrie et le monopole médical : les professionnels en tutelle, la population en otage. *Santé mentale au Québec*, 6(2), 89–98. <https://doi.org/10.7202/030106ar>

Résumé de l'article

Cet article est un condensé d'un rapport fait par un groupe du Syndicat des professionnels des affaires sociales du Québec. Après avoir revisé les événements clés entre 1960 et 1980 pour l'autonomie professionnelle des paramédicaux, les auteurs décrivent le combat actuel pour se libérer du pouvoir des psychiatres et pour voir leur autonomie reconnue. Leurs efforts dans cette direction aussi bien que les obstacles légaux sont décrits. Ils concluent par une série de recommandations pour améliorer la situation actuelle.

LA PSYCHIATRIE ET LE MONOPOLE MÉDICAL : LES PROFESSIONNELS EN TUTELLE, LA POPULATION EN OTAGE

*Syndicat des professionnels des Affaires sociales du Québec**

Dans la première partie de ce dossier, les auteurs identifient trois moments clés dans l'évolution du statut professionnel des paramédicaux en psychiatrie depuis 1960. Les deux premiers, soit le rapport Bédard en 1961 et la Commission Castonguay-Nepveu, en 1971 dénotent une ouverture vers la reconnaissance d'un statut professionnel et d'une autonomie pour ceux-ci. Cependant, le troisième, le rapport Mackay en 1980, va dans le sens inverse avec la recommandation d'instaurer "une autorité de type hiérarchique sur l'ensemble de son (psychiatre) personnel (paramédical)" (p. 34)

En 1961, suite à la publication du livre de Jean-Pierre Pagé *Les fous crient au secours* (post-facé par le docteur Camille Laurin), il y a création de la Commission d'enquête sur les hôpitaux psychiatriques. Présidée par le docteur Dominique Bédard, elle a pour autres membres les docteurs Denis Lazure et Charles Roberts. Cette Commission propose une réforme en profondeur du système psychiatrique. Elle insiste sur la nécessité de créer une direction générale de la psychiatrie et de l'hygiène mentale devant être composée d'une équipe pluridisciplinaire de professionnels, à l'image des principaux intervenants retrouvés dans ce secteur.

En 1971, la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux (Commission Castonguay-Nepveu) dépose son rapport. Elle propose de créer une nouvelle médecine globale, c'est-à-dire centrée sur l'homme et non sur la maladie. Cette

médecine tiendrait compte des facteurs sociaux tout en cherchant à identifier et à modifier les conditions de vie et de travail qui engendrent la maladie. Pour réaliser ces fins, la Commission propose la décentralisation des pouvoirs de décisions, le principe de la participation des usagers et travailleurs à ces décisions et une certaine égalité des droits et privilèges des travailleurs de la santé. L'équipe multidisciplinaire sera l'unité de base. Cette conception de la médecine aura ses répercussions en psychiatrie : conception sociale de la maladie, accent mis sur la prévention, décentralisation des structures gestionnelles et de services, reconnaissance du droit à la santé mentale et valorisation du rôle des nouveaux professionnels de la santé, regroupés en équipe multidisciplinaire.

En 1977 est créé le Comité de la Psychiatrie du Québec (voir l'article de Françoise Boudreau dans le présent numéro pour de plus amples explications). Composé de 10 membres, il est dirigé par le docteur Mackay. Six membres sur 10 sont psychiatres. Le 22 février 1979, il dépose son rapport intitulé *Situation de la Psychiatrie au Québec. Lacunes et perspectives d'organisation*. Seuls quelques organismes officiels en reçoivent copie... et tous les psychiatres du Québec.

Pour corriger les lacunes du système actuel, ce rapport propose entre autres "la mise en place d'une structure permanente de programmation en santé mentale, au sein du ministère des Affaires sociales (p. 32). Créée, cette structure sera dirigée par un psychiatre, le docteur Arthur Amyot, directeur du département de psychiatrie de l'Université de Montréal. Il propose aussi qu'il y ait transformation du département de psychiatrie de l'hôpital en département de santé mentale dont le chef serait psychiatre, soit "le maître d'œuvre et le coordonnateur de l'ensemble des intervenants en santé mentale pour le territoire

* Cet article reprend les principaux extraits d'un dossier élaboré par une équipe de ce syndicat. L'équipe comprend Boisclair, Gaétan; Descoteaux-Huard, Louise; Dugré, Marie-Thérèse; Edisbury, Lucie; Fauvel, Gilles; Laplante, Gilles; Lebel, Carol; Rochon, Louise et André Surprenant.

desservi par l'établissement" (p. 36). Enfin, afin de corriger la répartition très inégale des psychiatres accrédités entre les établissements publics, il est proposé "une rémunération des psychiatres qui, s'appuyant sur des mesures incitatives plutôt que coercitives, favoriserait de façon tout à fait significative la composante la plus exigeante de la pratique psychiatrique" (le secteur public) (p.41).

Grâce à certains travailleurs vigilants, des copies sont reproduites et distribuées. Des voix s'élèvent. En janvier 1980, la Corporation professionnelle des psychologues du Québec dénonce certaines parties du rapport en ces termes : "Cependant, quand cette démarche, loin de déboucher sur une meilleure collaboration socio-professionnelle, aboutit plutôt à des positions draconiennes où une des sources du problème identifié s'avère être l'efficacité des divers intervenants en santé mentale et que la solution proposée est le monopole de la planification et du contrôle de tout le travail effectué par des psychiatres : alors là c'est une toute autre chose" (p. 1). La Corporation des travailleurs sociaux du Québec manifeste également son désaccord. Ne s'en suit aucune réaction officielle des autorités politiques, sinon un simple accusé de réception.

La Fédération des C.L.S.C. du Québec a aussi critiqué les recommandations du rapport en décembre 1979. Concernant la recommandation de restructurer les départements de psychiatrie en départements de santé mentale, elle démontre que ce serait vouloir tout organiser ou réformer à partir et autour de l'hospitalier. "Ce n'est pas en donnant des tentacules à une instance qui ne fonctionne pas déjà si bien (à en croire le rapport) que nous améliorerons son sort, ni le nôtre" (p. 18). Grave danger aussi car "le milieu hospitalier, lorsqu'il étend son champ de juridiction, a tendance à psychiatriser les ressources avec lesquelles il travaille et à promouvoir le modèle médical, en même temps que les contraintes administratives auxquelles il est soumis et auxquelles il soumet ses collaborateurs freinent plus qu'elles ne stimulent l'innovation et la transformation des pratiques" (p. 19). Elle conclue de la façon suivante : "En somme, nous rejetons intégralement cette recommandation qui, il faut bien le dire, coupe le souffle par son ambition et sa volonté d'hyper-contrôle psychiatrique" (p. 20).

Suite à ces protestations, le rapport Mackay n'a pas eu, selon nos informations, de suite sinon la mise sur pied de la structure permanente de programmation en santé mentale (NDLR).

LA CRISE ACTUELLE

Pour comprendre cette crise, une prémisse est à retenir : la répartition cahotique et capricieuse des psychiatres dans le réseau psychiatrique. Ils sont concentrés dans les grandes institutions et/ou en pratique privée. Pour régler ce problème, le rapport Mackay proposa de donner plus d'argent et de pouvoir aux psychiatres. Certains Conseils de Médecins et Dentistes d'hôpitaux et certains conseils d'administration de centre hospitalier adoptèrent des résolutions allant dans le même sens pour régler ce problème c'est-à-dire une centralisation accrue des pouvoirs administratif et clinique dans les mains des psychiatres.

a) l'hôpital Jean-Talon

Le département de psychiatrie de cet hôpital, spécialement la clinique externe, avait joui depuis son ouverture (1975) d'une marge de manœuvre et d'une autonomie sans précédent dans l'élaboration d'un projet clinique, et ce grâce à la complicité des psychiatres. Les travailleurs profitaient aussi de cet appui dans leur tentative d'instaurer une structure gestionnelle conforme aux besoins des usagers et des travailleurs.

Mais, progressivement, l'administration mit des obstacles à la concrétisation de ce projet. Elle chercha à obliger les travailleurs à reconnaître et à se soumettre au pouvoir autocratique médical traditionnel.

Au printemps 80, plusieurs psychiatres quittent la clinique externe, attirés par les avantages qu'offrent les grandes institutions : moins d'heures de garde, prestige, facilités de recherche et d'enseignement. Ce départ vient briser, en quelque sorte, l'équilibre des forces et met en danger la survie même de la clinique et des services qu'elle dispense. Les autres travailleurs(euses) de cette clinique se mobilisent rapidement. Ils (elles) veulent préserver la qualité des services cliniques mis sur pied et développés au prix de leurs efforts incessants et en dépit des obstacles les plus divers

posés essentiellement par leur administration. À cet effet, ils présentent à cette administration, de même qu'au C.R.S.S.S. (l'instance régionale responsable de la répartition des ressources) un plan de réaménagement précis du service de psychiatrie. Ce plan prévoit notamment l'embauche de quelques cliniciens non-médecins à l'urgence psychiatrique dont le processus de médicalisation à outrance et de déshumanisation des services est déjà amorcé. À cette urgence, les bénéficiaires peuvent attendre jusqu'à cinq jours avant d'être vus par un psychiatre. Ils peuvent aussi y être gardés deux à trois semaines avant d'avoir accès à une place au département de psychiatrie. Or, d'autres professionnels de la santé, tels les travailleurs sociaux, les infirmières psychiatriques, les psychologues, etc., pourraient œuvrer activement à cette urgence comme ils (elles) pourraient, en travaillant étroitement avec le personnel de cette urgence, les familles des bénéficiaires et les diverses ressources de la communauté réduire de façon significative l'engorgement de cette urgence, et restreindre une médicalisation inutile et coûteuse de problèmes qui le plus souvent ne sont pas strictement ou fondamentalement médicaux. À cet égard, si besoin était, les professionnels en question ont donné, depuis plus de deux ans, toutes les preuves de la justesse de ces assertions et de leur capacité à assumer entièrement et de façon autonome ce fardeau clinique.

Le plan de réaménagement du service prévoit également, devant l'impossibilité démontrée de recruter de nouveaux psychiatres, leur remplacement par d'autres professionnels de la santé. Cette recommandation s'inspire d'une volonté de démedicalisation de problèmes plus souvent psychosociologiques que strictement médicaux et de collaboration et d'utilisation maximales des psychiatres restants et des médecins généralistes.

L'administration de l'Hôpital Jean-Talon et le C.R.S.S.S. ne donnèrent jamais suite à ces propositions. Ils préférèrent confier au Docteur Arthur Amyot, alors chef du département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur, le mandat de réorganiser le service de psychiatrie de Jean-Talon, notamment en recrutant de nouveaux psychiatres. C'était l'automne 1980...

Huit (8) mois plus tard, rien n'a bougé si ce n'est que la situation s'est détériorée. Le Docteur Amyot n'a pas réussi lui non plus à attirer de nouveaux psychiatres, l'urgence psychiatrique de l'Hôpital Jean-Talon s'est déshumanisée. Les services à la population, notamment à la clinique externe, sont grandement affectés par les décisions administratives et cliniques de cette administration. Par exemple, la moitié du secteur habituellement couvert par la clinique externe se voit refuser tout nouveau service clinique, sous prétexte qu'il n'y a pas de psychiatre au sein de l'équipe multidisciplinaire. Cette décision ne tient pas compte de deux éléments importants de la situation. Au moins cinquante pour cent des demandes faites par les bénéficiaires auprès du service de psychiatrie ne nécessitent pas une réponse "médicale" parce que ne relevant pas d'une problématique médicale mais socio-psychologique. De plus, les autres professionnels de cette équipe qui ont donné toutes les preuves, si besoin était, de leur compétence et de leur capacité d'assumer cette fraction du secteur Jean-Talon, ne demandent pas mieux que de répondre le plus adéquatement à ces nouvelles demandes. L'administration soutient même que ce serait illégal de recevoir des "patients" sans que ceux-ci aient vu un psychiatre et soient sous sa responsabilité, alors qu'elle tolère que plus de deux cent cinquante (250) dossiers déjà actifs ne soient inscrits au nom d'aucun médecin. Il y aurait donc plusieurs façons d'interpréter la Loi...

Et au moment où nous écrivons ces lignes, on se prépare en haut-lieu à rapatrier une partie du secteur Jean-Talon à l'hôpital Royal Victoria où les psychiatres sont sans doute en surnombre mais dont il est, là aussi, impossible de les déloger. Pendant ce temps, plusieurs cliniciens, désabusés et amers, ont quitté la clinique. L'administration, prétextant ce climat d'incertitude, "gèle" ces postes laissés vacants... Elle a dû fermer l'urgence psychiatrique et, partiellement, une unité d'hospitalisation en psychiatrie, tout cela parce qu'elle est incapable de recruter de nouveaux psychiatres ou, à défaut, d'envisager le problème sous un angle différent, celui des services à la population et des droits de cette population.

b) Institut Philippe-Pinel

À l'Institut Philippe-Pinel, le Docteur Béliveau, psychiatre cumulant les postes de directeur général

et de directeur des services professionnels, émet il y a quelques mois une directive précisant que les psychiatres de son établissement sont les seuls responsables ultimes de toute intervention et qu'ils ont par conséquent le devoir et le pouvoir de surveiller le traitement effectué par tout autre professionnel, suite à une délégation rigoureuse de ce traitement par le médecin. Ils peuvent donc, s'ils le jugent à propos, interrompre l'intervention amorcée par un autre professionnel, ordonner à celui-ci de modifier cette intervention ou encore évaluer sa compétence et s'assurer qu'il reçoit une supervision adéquate s'ils le pensent nécessaire. Cette directive s'appuie sur un avis légal demandé par l'Association des Conseils de Médecins et Dentistes du Québec.

c) Pavillon Albert-Prévost

Pendant ce temps, au Pavillon Albert-Prévost, service de psychiatrie de l'Hôpital Sacré-Cœur, la "bagarre" éclate au sein d'une équipe de secteur parce que le psychiatre de cette équipe s'est permis de "suspendre" une professionnelle de cette équipe, suite à un différend entre celle-ci et une résidente en psychiatrie. L'équipe s'est rangée du côté de la personne suspendue et a dénoncé avec véhémence cette atteinte évidente à l'autonomie professionnelle; elle a même porté plainte auprès de la Corporation Professionnelle des Médecins. Après plusieurs mois de lutte, on parle maintenant du départ de ce psychiatre trop rigide qui serait remplacé par un autre plus conciliant. Mais à ce jour, rien n'est réglé... et les professionnels de cette équipe tentent tant bien que mal de maintenir des services cliniques de qualité, dans un climat de travail plus que malsain.

d) Institut Roland-Saucier

Après une brève confrontation, l'administration de Chicoutimi émet une directive qui semble actuellement faire tache d'huile partout au Québec. Elle a pour effet de soumettre totalement les professionnels aux décisions des psychiatres de leur référer ou non des patients. Désormais, pour ces professionnels habitués à assumer leur pleine autonomie, tous les "patients" qui viennent les voir passent d'abord par le médecin psychiatre qui "évalue" et décide seul si oui ou non il réfèrera ceux-ci au professionnel non-médecin de son choix.

Autrement dit, l'accessibilité et la qualité des services de santé mentale fournis par cet institut résident entre ses seules mains.

Pendant ce temps, d'autres conflits, relevant essentiellement de cette même problématique du pouvoir monopolistique médical, connaissent d'autres issues, originales celles-là. Ces issues créent des précédents dangereux aux yeux de la profession médicale qui cherche à les faire disparaître.

e) Centre Hospitalier de Valleyfield

L'un de ces précédents s'est créé à Valleyfield. Les psychologues y étaient menacés littéralement de disparaître en raison de l'intention manifeste des psychiatres d'appliquer d'emblée certaines recommandations du Rapport Mackay. Il est aisé de comprendre que si le médecin contrôle totalement l'accès de la "clientèle" aux autres professionnels, il peut facilement démontrer que ceux-ci sont inutiles en ne leur référant plus de "bénéficiaire".

Appuyés par certains avis légaux leur étant favorables, les psychologues de ce centre hospitalier réussirent à convaincre le Conseil d'administration de voter une résolution permettant au service de psychologie de recevoir des "bénéficiaires" sur référence de médecins autres que les psychiatres, c'est-à-dire les médecins de famille ou les spécialistes œuvrant dans le grand secteur couvert par ce centre hospitalier et n'étant pas nécessairement rattachés à cet hôpital. Du même coup, ils pouvaient également ouvrir et fermer leurs propres dossiers et assumer seuls la "prise en charge" lorsque cette référence du médecin s'avérait un "transfert" de patient et non une simple demande de consultation. La population de ce secteur venait donc, conformément à ses droits d'ailleurs, de gagner "l'accès direct" à un professionnel non-médecin œuvrant dans un centre hospitalier c'est-à-dire sans avoir à passer par un médecin de ce centre hospitalier.

Les psychiatres ne l'entendaient pas de cette façon. Leur lobbying se fit plus insistant que jamais pour forcer le Conseil d'administration à revenir sur sa décision. Ils prétendirent même que cette possibilité pour les psychologues d'offrir certains services à la population grâce aux références du médecin de famille privait la psychiatrie, c'est-à-dire eux, d'effectifs et de services dont ils avaient

tout à coup grand besoin... Le Conseil d'administration tient compte de cette objection et décide d'imposer des ratios : les patients référés aux psychologues leur seraient adressés à vingt (20) pour cent par les médecins du quartier et à quatre-vingt (80) pour cent par les psychiatres du centre hospitalier. Ceux-ci n'étaient pas mécontents du tout de cette victoire.

Et la lutte continue. Les psychologues ne veulent pas de ce ratio, les psychiatres, eux, estiment que ce vingt (20) pour cent constitue encore un gros cadeau et une brèche dangereuse.

Mentionnons qu'après six (6) mois de ce fonctionnement sous références médicales élargies, le service de psychologie de cet hôpital a compilé des statistiques fort éloquentes : pas moins de soixante-quinze (75) pour cent des "cas" référés pendant ces six (6) mois s'avéraient des "transferts" c'est-à-dire des cas ne nécessitant aucune intervention médicale psychiatrique. Ces chiffres ne sont-ils pas inquiétants pour les médecins œuvrant en psychiatrie qui prétendent avoir tous les cas sous leur responsabilité? S'il fallait qu'on compile des statistiques si éloquentes, (et c'est plus que probable), dans d'autres cliniques de psychiatrie! Comment faudrait-il alors expliquer la présence massive et monopolistique des médecins psychiatres dans ce champ d'intervention qui se révélerait beaucoup moins médical qu'il ne paraît? Nous commençons là à mieux entrevoir, avec de telles proportions, la gigantesque entreprise de médicalisation de problèmes n'ayant souvent rien de médical. Quelle est donc la visée d'une telle volonté de médicalisation quand on songe que la majorité des gens qui consultent en psychiatrie appartiennent à la couche la plus défavorisée sur le plan socio-économique? Faudrait-il croire que, pour des raisons essentiellement économiques (le revenu et le statut social d'un groupe de professionnels), les médecins auraient tout intérêt à ce que la surconsommation des services médicaux et la médicalisation des problèmes sociaux se perpétuent?

f) Amos

Beaucoup plus au nord, à Amos, en Abitibi, la bataille d'usure entre les professionnels de la clinique de psychiatrie et le psychiatre, chef du département de psychiatrie, a connu un dénouement

inattendu. Le Conseil d'administration, sous la recommandation du directeur des services professionnels, a voté une résolution ayant pour effet de scinder le département de psychiatrie en deux entités distinctes. L'une d'elles, appelée "Service de consultation en santé mentale", regroupe les professionnels non-médecins et relève, par le biais d'un coordonnateur non-médecin, directement du directeur des services professionnels et non du psychiatre chef de département. Ce service de consultation en santé mentale constitue donc ses propres dossiers non-médicaux et la population y a accès directement sans passer par le médecin. Une telle résolution reconnaissait donc formellement les droits des bénéficiaires et cette autonomie professionnelle si contestée ailleurs.

Il va sans dire que ce Conseil d'administration a subi depuis maintes pressions de la part du corps médical et il est revenu sur sa décision. Les professionnels de la santé sont à nouveau sous la "tutelle médicale".

LA "BATAILLE" JURIDIQUE

À lire ainsi le scénario des événements, il est aisé de percevoir certains thèmes clés qui, tels des leitmotivs, reviennent tout au long de cette "petite histoire de la psychiatrie québécoise actuelle". On y parle souvent du "droit des bénéficiaires", de l'autonomie professionnelle, de la responsabilité médicale érigée en monopole. Les protagonistes de cette lutte, les principaux acteurs de ce drame se réfèrent souvent à des textes de Lois, des avis légaux pour justifier ou expliquer telle prise de décision, telle position idéologique. C'est donc que le débat, la bataille, est également engagé sur le plan légal et il nous apparaît pertinent de résumer ici, brièvement et à grands traits, les argumentations des deux parties.

a) L'argumentation des diverses parties

D'une part, les médecins et les administrateurs hospitaliers partageant leur point de vue prétendent que la Loi exige que tout "bénéficiaire" recevant les services d'un centre hospitalier, en tout lieu de ce centre, c'est-à-dire à l'interne, à l'urgence, en clinique externe, etc., doit être admis, inscrit ou enregistré selon le cas au nom d'un mé-

decin. Selon eux, c'est ce médecin qui porte la responsabilité ultime du cas et il peut décider de la déléguer partiellement à un professionnel de son choix, en lui précisant (ou prescrivant) le type d'intervention qu'il attend de celui-ci. Et c'est au nom de ces contraintes légales que, devant la pénurie de psychiatres dans certains centres de psychiatrie, on préfère les fermer plutôt que de permettre à des professionnels non-médecins de recevoir directement la clientèle qui le demande.

D'autre part des professionnels de la santé, par l'entremise de leur Corporation professionnelle, affirment que les Lois ne sont pas aussi catégoriques et limitatives que les médecins le prétendent. Mentionnons la Corporation professionnelle des psychologues du Québec qui, actuellement, est un peu le fer de lance de cette bataille légale, sans doute en relation avec le fait que les attaques du corps médical ont été particulièrement nombreuses et virulentes à l'endroit de cette catégorie de professionnels. En effet, selon ces Corporations professionnelles, il semblerait que le Chapitre 48 de la Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux ne précise nullement qu'un "patient" ou "bénéficiaire" doit être "inscrit" au nom d'un médecin s'il reçoit des services en clinique externe, contrairement à ce que cette Loi prescrit lorsqu'il s'agit de l'admission dans un centre hospitalier où seul le médecin est autorisé à procéder à cette "admission" et à y mettre fin. Et les professionnels non-médecins prétendent que cette "procédure d'inscription" en clinique externe ouverte à un non-médecin respecte précisément ce droit du bénéficiaire (également affirmé dans la Loi) à consulter directement le professionnel de son choix, sans avoir à passer par un psychiatre et à se voir, par conséquent, accoler un diagnostic psychiatrique.

Ils prétendent également que ce droit d'inscription et d'accès direct de la population aux services d'un professionnel non-médecin est tout à fait conforme à l'esprit et à la lettre de la Loi 250, le Code des professions, qui reconnaît à ces professionnels une autonomie pleine et entière. Même à l'intérieur de l'hôpital, c'est-à-dire en regard de bénéficiaires admis à l'hôpital et non pas simplement inscrits en clinique externe, ce Code des Professions s'opposerait à toute "tutelle" d'une profession sur une autre, à toute relation

de subordination d'un professionnel à un autre. Même dans ce contexte, le professionnel ne serait absolument pas soumis à la prescription médicale (sauf dans le cas de certains actes infirmiers) et qu'il n'en tiendrait qu'à lui de tenir compte ou non de toute recommandation d'un médecin dans son évaluation de la pertinence d'une intervention clinique (la réciproque est vraie pour le médecin qui recevrait une demande de consultation de ce professionnel).

En guise de réplique à cette argumentation légale, l'autre partie, celle des médecins, clame bien haut que de permettre un tel accès direct de la population à des services de professionnels non-médecins, tels les psychologues, équivaldrait à instaurer des cliniques privées de psychologie dans un centre hospitalier, ce qui leur apparaît impensable.

b) Les contradictions légales

Nous devons l'un des derniers développements survenus dans cette "bataille légale", à un avis émis par le Service Juridique du ministère des Affaires sociales lui-même. Ce Service Juridique prétend qu'en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation, tout centre hospitalier qui permettrait à sa clientèle d'accéder directement aux services de professionnels non-médecins en clinique externe (par exemple de santé mentale ou de psychologie), sans y avoir été référée par des médecins de ce centre hospitalier, serait dans l'obligation de trouver un mode de financement spécial pour de tels services qui ne seraient pas alors remboursés.

Il n'est pas étonnant alors que certaines administrations hospitalières, aux prises avec une soi-disant pénurie de psychiatres, se refusent catégoriquement à mettre sur pied de tels services à la population. Sur ce terrain là, aussi, la bataille se poursuit, avec des effets parfois désastreux sur le climat de travail et sur la qualité des services offerts aux bénéficiaires. Il est d'ailleurs évident que, en conformité avec certaines recommandations du Rapport Mackay, un lobbying bien orchestré du "corps médical" est actuellement à l'œuvre pour, entre autres, faire amender le Chapitre 48 de la Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux. Cet amendement tendrait

à rendre cette Loi plus restrictive à l'endroit des droits des bénéficiaires et des professionnels non-médecins, subordonnant ces droits à la responsabilité médicale.

LES CONSÉQUENCES SUR LES SERVICES À LA POPULATION

Quelles sont donc les conséquences de ce mouvement historique? Sans ambages, nous disons qu'il s'agit d'un retour en arrière, fort coûteux pour la population québécoise et essentiellement justifié par le désir des détenteurs du monopole médical de colmater les brèches mineures que l'évolution normale de cette société aurait pu faire à ce monopole, tout en réaffirmant et réinstaurant de façon plus rigide ce monopole médical.

Depuis dix (10) ans, on parlait de psychiatrie de secteur et de "psychiatrie communautaire"; on commençait à admettre que santé mentale et maladie mentale s'inscrivent sur un continuum et ne s'excluent pas mutuellement comme le font les deux côtés d'une pièce de monnaie; on commençait donc à reconnaître certaines dimensions socio-psychologiques éminemment importantes à l'intérieur de toute la problématique de la santé mentale d'une société. Par conséquent, on faisait appel à d'autres professions, moins médicales celles-là (ces professions sont, entre autres, celles de travailleur social, d'ergothérapeute, de psychologue, de psycho-éducateur, de psycho-pédagogue, d'audiologiste-orthophoniste, de conseiller en orientation, de criminologue, etc.) pour qu'elles participent à l'élaboration de ces nouvelles grilles de lecture de cette réalité sociale multi-factorielle. Aujourd'hui, on ramène le spectre de la maladie mentale et de l'hérédité, on vante les mérites de la miraculeuse médication, on fait sur tout une sorte de "bilan bidon" de la psychiatrie communautaire, un bilan qui, sciemment, fait fi de certaines données sociologiques de base et on appelle à nouveau l'asile, la médecine, la "science médicale" à l'aide.

On se met à parler de "recentralisation", on affirme carrément que le psychiatre est et doit demeurer le seul maître d'œuvre de toute la stratégie d'intervention en matière de santé et de maladie mentale. On prétend même que le psychiatre est le mieux qualifié pour ce faire, puis-

qu'il a, dit-on, une optique bio-psycho-sociale. Comme s'il pouvait à lui seul réunir toutes les compétences que les autres professionnels sont allés chercher par des études universitaires parfois aussi longues que les siennes propres. On va jusqu'à dire que toute intervention en santé mentale (particulièrement dans le réseau psychiatrique public) doit d'abord passer par le psychiatre et que, là où il n'y a pas de psychiatres, il n'y aura pas de service de santé mentale ou de "psychiatrie" (puisqu'on rapatrie même le concept de santé mentale sous le label "psychiatrie"). Bien sûr, on omet alors de dire que l'un des problèmes inhérents à cette question s'avère l'impossibilité pour toute instance administrative ou politique de "forcer" les psychiatres à aller travailler là où la population aurait besoin d'eux. Comme ces psychiatres sont concentrés dans certaines grandes institutions hospitalières et que personne ne peut les forcer à en sortir, même au moyen d'incitations financières, on décide donc de "forcer" plutôt les populations à aller consulter ces psychiatres dans ces "grandes boîtes". Et on poussera même le culot jusqu'à tenter de trouver une rationalité clinique à de telles manigances et à prétendre que c'est pour le mieux-être des "bénéficiaires".

Aiguillonnés par l'Association des Conseils des Médecins et Dentistes, l'Association des Psychiatres ou encore la Corporation Professionnelle des Médecins et avec la complicité bienveillante de certains administrateurs d'hôpitaux, ces psychiatres refusent systématiquement, toujours au nom du bien-être des bénéficiaires, que Monsieur ou Madame tout le monde ait un accès direct au professionnel de son choix sans avoir à rencontrer d'abord un psychiatre et à se voir, par conséquent, accoler un diagnostic médico-psychiatrique. C'est donc encore au nom du mieux-être des bénéficiaires qu'on foule ainsi aux pieds la compétence et l'autonomie des autres professionnels de la santé, autonomie que les Lois actuelles reconnaissent elles-mêmes d'une main, pour la nier en quelque sorte de l'autre.

C'est encore au nom du mieux-être des bénéficiaires et de la responsabilité médicale qu'on tente, par tous les moyens, de rapatrier sous le parapluie de la psychiatrie d'hôpital certaines initiatives créatrices qui tentent de lui créer des "alternatives" en la déciant comme un instrument

de contrôle et de répression envers les classes les plus défavorisées. L'exemple des difficultés financières de la Maison Saint-Jacques depuis au moins trois ou quatre ans est fort éloquent à cet égard.

On omettra encore de dire que la majorité du travail clinique quotidien en psychiatrie et en santé mentale est exécutée par des non-médecins, par ces professionnels dont nous parlions plus haut. Bien plus, systématiquement, on fait comme s'ils n'existaient pas, on cache et on nie leur présence. On s'apprête tout doucement à les placer dans un carcan légal et administratif tel, qu'ils ne pourront plus menacer cette hégémonie médicale et sa vision monolithique d'une société en train de se définir. Des forces réactionnaires tentent de maintenir cette espèce de dépendance infantilissante à l'égard de certains groupes dont le pouvoir et le statut se trouvent menacés par l'évolution d'une telle société vers la "santé", une santé qui commencerait par une démarche collective et individuelle et la réappropriation du corps humain, du "corps-sujet" actuellement possédé et objectifié par la médecine; une réappropriation aussi des instruments collectifs d'épanouissement et de bien-être. Nous dénonçons ces banquiers de la santé, les médecins, qui thésaurisent un bien qui n'est pas le leur et qui, l'ayant usurpé aux citoyens, se refusent à le rendre.

Il est étrange de constater comme les intérêts de ces médecins coïncident avec certaines décisions politiques qui, à première vue, n'ont l'air d'avoir aucun rapport avec eux. Nous assistons à une offensive systématique du corps médical qui vise à mettre sous tutelle permanente les autres professionnels de la santé ou encore à les éliminer (par exemple, on commence à murmurer que les équipes multidisciplinaires de l'avenir, en psychiatrie, seront composées strictement de psychiatres et... d'infirmières). Au beau milieu de cette offensive surviennent les coupures budgétaires dans le "secteur de la santé".

Oui, la santé au Québec (ou est-ce la maladie?) coûte trop cher. Il faut sabrer dans les dépenses. Et ces coupures budgétaires seront d'importance, Monsieur Parizeau nous l'a confirmé récemment. Ça semble presque une question de survie. Donc, pas question de débloquer des budgets additionnels pour financer des "projets" qui tenteraient de répondre à certains besoins précis des populations.

Ou il faudra alors que les promoteurs de tels projets se montrent fort habiles à promouvoir ces projets et... très persuasifs.

En outre, les consignes sont à peu près claires. Tout poste laissé vacant ne sera pas remplacé, peu importe, ou peu s'en faut, la raison du départ du travailleur. On tentera, par tous les moyens, de réorganiser des services pour couper d'autres postes. Et, au moment où tout le monde râle ainsi les fonds de tiroirs, au moment où les travailleurs de la santé subissent mois après mois, année après année, une perte de leur pouvoir d'achat, au moment où leur droit au travail, un travail décent et moins déshumanisant, est plus menacé que jamais, au moment où leur droit de recourir à la grève est lui aussi en danger de disparition, une sorte d'interdit frappe toute tentative de toucher un tant soit peu aux revenus mirobolants des médecins et aux dépenses que leur mode de pratique entraîne pour l'État québécois et ses administrateurs hospitaliers. Il est étrange d'entendre Monsieur Parizeau parler du déficit de la Régie de l'Assurance-maladie du Québec et de le voir ordonner des coupures budgétaires partout, sauf précisément à la R.A.M.Q. (organisme chargé de la rémunération des médecins). En santé mentale, on parle de coupures de 1,4 millions de dollars. Pourtant, pendant que l'on coupera là aussi sur le dos des travailleurs et qu'on les rendra au fond responsables de l'augmentation des coûts, des psychiatres négocient des contrats faramineux pour offrir leurs services à certains hôpitaux particulièrement démunis, se livrant à un chantage odieux. D'autres se voient offrir des "bonus" exorbitants en échange de leurs services (par exemple, dans un hôpital, on offrait quatorze (14) vacations au psychiatre, en lui disant qu'il n'en travaillerait que huit (8) ou dix (10); une vacation équivaut à environ trois (3) heures de travail et est rémunérée aux environs de 100 \$¹).

On coupera donc dans les services sociaux, les services psychologiques, les services d'ergothérapie ou autres dont la population a besoin et on s'interdira de s'interroger sur la pertinence, l'importance et les coûts des services spécifiques fournis par les psychiatres. Cette procédure est sans doute à l'image de ce qui se passe actuellement dans tout le secteur de la santé au Québec. Pendant dix (10) ans, l'État québécois a manifesté des intentions et posé des gestes visant à "socialiser" ce secteur clé

de la vie québécoise, à rendre accessibles des services de santé de qualité et à remettre à la population le contrôle de ses institutions de santé, sans cesse contrecarré en cela par les forces réactionnaires, telles le lobbying médical. Après ces dix années, on assiste à une sorte de virage à droite où, au nom de lois contradictoires et immuables et de la responsabilité médicale, on évince tout citoyen, professionnel ou non, bénéficiaire ou non, qui serait susceptible de remettre en question certains dogmes médicaux cachant davantage un pouvoir monopolistique fort rentable qu'un souci véritable du mieux-être d'une société comme la nôtre.

VERS DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE QUALITÉ : QUELQUES PRÉALABLES

Nous voulons bien croire qu'il n'y a là que coïncidences entre les soubresauts du "monopole médical" et l'évolution des rapports entre l'État-employeur et ses travailleurs de la santé, dans ce contexte économique particulièrement difficile que nous traversons. Pourtant, nous croyons aussi que, dans ce contexte d'austérité, le gouvernement se doit de faire preuve d'un sens le plus élémentaire de la justice sociale dans les mesures de restrictions qu'il décrète. Or, nous croyons avoir démontré qu'il y a actuellement deux poids deux mesures dans ce dossier de la santé, selon qu'il s'agit des médecins ou des travailleurs.

Nous sommes bien loin des idéaux socio-démocrates véhiculés par la Commission Castonguay-Nepveu. En conséquence, nous demandons aux autorités gouvernementales de revenir à l'idéologie sociale-démocrate de cette Commission qui s'est vue trahie en quelque sorte par l'adoption et l'application de certaines lois qui en découlèrent.

Nous demandons donc que ces lois soient révisées pour éviter que leur incohérence ne pénalise lourdement les services de santé mentale dont la population a besoin et auxquels elle a droit. Par exemple, on pourrait réviser la Loi sur l'assurance-hospitalisation qui, actuellement, constituerait un obstacle budgétaire à l'expansion de services de santé mentale non contrôlés par les psychiatres. Il faudrait alors que le législateur décrète, sans équivoque, que la loi 65 a préséance sur la loi de l'assurance-hospitalisation et lève ainsi un obstacle budgétaire important à la réalisation des

objectifs de la Commission Castonguay-Nepveu. Il faudrait que le législateur harmonise le chapitre 48 de cette Loi sur les services de santé et les services sociaux avec le Code des Professions (loi 250) pour éviter que la première ne rende caduques certaines dispositions fort importantes de la seconde, dispositions qui visent précisément, en donnant davantage de responsabilité à chaque professionnel reconnu autonome, à assurer de meilleurs services à la population québécoise.

Nous demandons que ce principe de participation des citoyens et des travailleurs de la santé aux décisions touchant l'orientation et la gestion de ces services de santé qui, au fond, leur appartiennent, soit réinstauré avec vigueur et devienne plus qu'une sorte de "symbole démocratique creux". Ainsi le voulait la Commission Castonguay-Nepveu. Il faut donc que le secteur santé se mette lui aussi à l'heure de la gestion participative et de l'autogestion.

Nous demandons que tous les intervenants en santé mentale soient reconnus comme tels, que leurs statuts réciproques soient davantage égaux et qu'ils soient véritablement présents, tout comme les usagers, sur tous les comités et à toutes les instances ayant pour mandat d'aborder les questions relatives au secteur de la "santé mentale" au Québec (par exemple, les services des programmes de santé mentale au ministère des Affaires sociales, le Comité de la Santé Mentale du Québec, la Commission administrative de psychiatrie des C.R.S.S.S.).

Un second rapport MacKay étant, semble-t-il, déposé au ministère des Affaires sociales, nous demandons qu'il soit rendu public.

Nous demandons que les autorités gouvernementales appuient et encouragent l'éclosion de certaines expériences marginales qui tentent de développer des "alternatives" aux services de santé mentale existants. Leur rôle de catalyseur et de stimulant dans cette démarche de la collectivité vers une meilleure santé mentale est primordial.

Nous demandons au gouvernement de faire preuve de justice sociale dans ses "coupures budgétaires" et de s'attaquer aux vraies causes de l'augmentation des coûts de santé, telles le mode de rémunération des médecins et son incidence sur la consommation des services médicaux, telles la panoplie inflationniste d'une technologie

médicale fort sophistiquée et fort coûteuse se contentant tout au plus de "réparer" tant bien que mal ces "corps" souffrants sans jamais interroger l'étiologie sociale et économique de ces "ratés" du corps et sans jamais, par conséquent, avoir une réelle portée préventive permettant à cette société de se dégager de ce borbier anti-écologique dans lequel elle s'enlise. Ce sens de la justice sociale, qui était au cœur même du discours tenu par le groupe Castonguay-Nepveu, éviterait au gouvernement de tenter "d'épargner" sur le dos des travailleurs de la santé au grand détriment des services de santé dont la population a un besoin crucial.

Nous demandons enfin au gouvernement de revenir à ce principe de "médecine globale" mis de l'avant par la Commission Castonguay-Nepveu. Cela signifie, en santé mentale, démanteler le monopole médical et favoriser véritablement une vision globale communautaire et sociologique de la santé mentale, vision qui devra se traduire par une véritable politique d'intervention globale préventive plutôt que par une médecine essentiellement curative ne mettant l'accent et la responsabilité que sur l'individu.

Ce sont là les conditions minimales pour que la santé mentale des Québécois cesse d'être une sorte de ghetto social scandaleux et un fardeau financier qui freine le développement légitime de cette collectivité.

NOTE

1. Dans un hôpital, un psychiatre peut être rémunéré à l'acte, à salaire ou à la vacation, c'est-à-dire par période de travail qui équivaut à trois heures. Il peut aussi être payé sous une forme mixte c'est-à-dire à l'acte et à la vacation.

RÉFÉRENCES

- BÉDARD, D., 1962, *Rapport Bédard : Rapport de la Commission d'étude sur les hôpitaux psychiatriques*.
 Comité de la Psychiatrie du Québec, 1979, *Situation de la psychiatrie au Québec. Lacunes et perspectives d'organisation*, document non publié, 22 février, 44 p.
 Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1980, *Critique du rapport du Comité de la Psychiatrie du Québec intitulé "Situation de la psychiatrie au Québec. Lacunes et perspectives d'organisation"*, 30 janvier, 4p.
 Fédération des C.L.S.C. du Québec, 1979, *Commentaires critiques de la Fédération des C.L.S.C. du Québec sur le Rapport Situation de la psychiatrie au Québec. Lacunes et perspectives d'organisation*, décembre, 33 p.
 PAGE, Jean-Pierre, 1961, *Les fous crient au secours*, Ed. de l'homme, Montréal.

SUMMARY

This article is the condensed form of a report done by a group of the Quebec Social Affairs Professionals' Union. After reviewing the key events between 1960 and 1980 for the professional autonomy of paramedics, the authors describe their current struggle to free themselves from the grip of psychiatrists and to have their autonomy recognized. Their efforts in this direction as well as the legal obstacles are described. They conclude with a series of recommendations for improving the present situation.